

MODELLO N. 2

**Certificazione medica per dieta speciale per motivi di salute** (patologia cronica o transitoria, intolleranza/allergia alimentare, ritorno a dieta libera)

*(da compilarsi a cura del medico curante)*

Anno scolastico 20...../20.....

COGNOME E NOME .....

DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A .....

VIA .....

TEL. .... CELL. ....

MEDICO CURANTE .....

NIDO/SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)  
.....  
.....

CLASSE..... SEZ. ....

GIORNI FREQUENZA       tempo pieno  
    modulo      specificare i giorni (.....)

SINTOMATOLOGIA

- GASTROENTEROLOGICA       specificare.....
- CUTANEA                               specificare.....
- RESPIRATORIA                       specificare.....
- ANAFILASSI                               specificare.....
- ALTRO                                       specificare.....

ACCERTAMENTI ESEGUITI

- RAST       PRICK       ALTRI      specificare (.....)

DIAGNOSI

.....  
.....

ALLERGIE PARTICOLARI/ANNOTAZIONI

.....  
.....

DIETA PRIVA DI

.....  
.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA  DAL.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_